

受診日 2022年 月 日

問診票

ID:

ふりがな	性別	生年月日 (西暦)	年齢
名前	男・女	年 月 日	歳 (学年 年)
住所 〒	都道 県府	市群 区	
電話番号 自宅 ()	携帯	本人 保護者 ()	
身長 cm	体重 kg	利き手 右・左	スポーツ チーム
職業	内容 <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()		

診療についてご希望があれば教えてください ※ ご希望に添えない場合もございます

<input type="checkbox"/> 特になし (一般整形外科)	<input type="checkbox"/> スポーツ整形外科	<input type="checkbox"/> 専門医診療 (脊椎・膝・足・肩・手肘)
<input type="checkbox"/> 希望あり	<input type="checkbox"/> 医師のご希望あり (医師)	
※ 右の項目をご記入ください <input type="checkbox"/> リハビリテーションのご希望あり (スポーツ・一般)		

症状について記入してください

いつから 年 月 日頃から
どんな症状ですか
 痛み 痺れ 脱力 屈伸できない 変形
 腫れ 熱感 その他 ()

思い当たる原因はありますか

症状がある部位を○で囲ってください

右 左 左 右

交通事故やお仕事中のケガですか
あてはまるものに○を記入してください
はい (工作中・通勤途中・交通事故) いいえ

現在の痛み、症状の辛さはどの程度ですか
直線の目盛りに印をつけてください

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
これまでに経験した最も強い痛みを10とするとどのあたりですか

今回の症状で他の医療機関または治療院を受診しましたか

<input type="checkbox"/> はい	医療機関または治療院	受診日 年 月 日 (おおよそ 年前)
<input type="checkbox"/> いいえ	診断、治療・処置	紹介状 : 有・無 MRI・CT : 有・無

治療中の病気などについて記入してください

<input type="checkbox"/> アレルギー (薬・食物・花粉症・アトピー・金属・その他)	<input type="checkbox"/> 体内金属 ()
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 ()
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 腎疾患 ()
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 高脂血症	
かかりつけ医療機関 ()	
おくすり手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

嗜好品の習慣

タバコ	<input type="checkbox"/> あり (本/日)
お酒	<input type="checkbox"/> あり (回/週)
女性の方へ	
妊娠中または妊娠の可能性ありますか	<input type="checkbox"/> はい (週)
授乳していますか	<input type="checkbox"/> はい

当クリニックを何でお知りになりましたか

友人・知人 チーム 医療機関 近所 医療情報サイト ホームページ その他 ()